

Nazwa kwalifikacji: **Wykonywanie medycznych czynności ratunkowych i innych świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz prowadzenie edukacji w tym zakresie**

Oznaczenie kwalifikacji: **Z.12**

Numer zadania: **01**

Wersja arkusza: **SG**

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Z.12-01-21.01-SG

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

Rok 2021

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

**PODSTAWA PROGRAMOWA
2012**

Instrukcja dla zdającego

1. Na pierwszej stronie arkusza egzaminacyjnego wpisz w oznaczonym miejscu swój numer PESEL i naklej naklejkę z numerem PESEL i z kodem ośrodka.
2. Na KARCIE OCENY w oznaczonym miejscu przyklej naklejkę z numerem PESEL oraz wpisz:
 - swój numer PESEL*,
 - oznaczenie kwalifikacji,
 - numer zadania,
 - numer stanowiska.
3. KARTĘ OCENY przełącz zespołowi nadzorującemu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 6 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego.
5. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczany do czasu trwania egzaminu.
6. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący zespołu nadzorującego.
7. Wykonaj samodzielnie zadanie egzaminacyjne. Przestrzegaj zasad bezpieczeństwa i organizacji pracy.
8. Jeżeli w zadaniu egzaminacyjnym występuje polecenie „zgłoś gotowość do oceny przez podniesienie ręki”, to zastosuj się do polecenia i poczekaj na decyzję przewodniczącego zespołu nadzorującego.
9. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw rezultaty oraz arkusz egzaminacyjny na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego zespołu nadzorującego.
10. Po uzyskaniu zgody zespołu nadzorującego możesz opuścić salę/miejsce przeprowadzania egzaminu.

Powodzenia!

* w przypadku braku numeru PESEL – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Zadanie egzaminacyjne

Dyspozytor CPR otrzymał zgłoszenie o leżącym na klatce schodowej młodym mężczyźnie. Zgłaszający twierdzi, że poszkodowany nie reaguje na głos, ale nie jest w stanie określić, czy mężczyzna oddycha prawidłowo. Na miejsce zdarzenia został zadysponowany podstawowy zespół ratownictwa medycznego. Z wywiadu uzyskanego od sąsiada na miejscu zdarzenia wynika, że poszkodowany leczy się w poradni zdrowia psychicznego oraz miewał próby samobójcze (zatrucie lekami). W mieszkaniu poszkodowanego znaleziono puste opakowanie po tabletkach diazepamu.

Stan poszkodowanego

Leży na wznak, na czole niewielka rana cięta ze skąpym krwawieniem, oddycha (10 oddechów/min), wyczuwalny zapach alkoholu z ust.

Otwiera oczy na bodźce bólowe, wydaje niezrozumiałe dźwięki, reaguje obroną na bodźce bólowe szczególnie w obrębie miednicy. Zauważono krwawienie z odbytu.

Ciepłota ciała 36,5°C, ciśnienie tętnicze krwi 80/60 mmHg, tętno 60 uderzeń/min, miarowe, SpO₂ 93%, skóra blada wilgotna, chłodna.

Żrenice zwężone, równe. Poziom glikemii 96 mg%.

Przedstaw plan działań ratowniczych związanych z udzieleniem poszkodowanemu mężczyźnie pomocy medycznej przez zespół podstawowy RM na miejscu zdarzenia.

Wypełnij Kartę Medycznych Czynności Ratunkowych dla poszkodowanego.

Sporządź wykaz antagonistów/leków, stosowanych w przypadku zatruc, które mogą być podane przez zespół ratownictwa medycznego w warunkach przedszpitalnych.

Formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

Na fantomie osoby dorosłej wykonaj szybkie badanie urazowe (z pominięciem badania pleców) oraz kaniulację żyły obwodowej kończyny górnej.

Uwaga!

Przez podniesienie ręki zgłoś egzaminatorowi gotowość do wykonania zabiegu na fantomie, a następnie jego zakończenie.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.

Ocenie podlegać będą 3 rezultaty:

- plan działań ratowniczych wykonanych przez zespół podstawowy RM na miejscu zdarzenia,
- Karta Medycznych Czynności Ratunkowych,
- wykaz antagonistów/leków, stosowanych w przypadku zatruc, które mogą być podane przez zespół ratownictwa medycznego w warunkach przedszpitalnych

oraz

przebieg wykonania na fantomie osoby dorosłej badania urazowego (z pominięciem badania pleców) oraz kaniulacji żyły obwodowej kończyny górnej.

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting or typing. There are no margins, text, or other markings on the page.

[illegible]

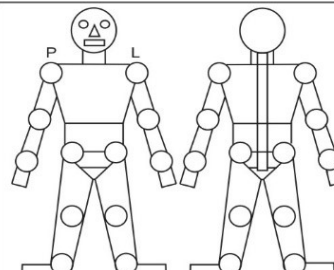
KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

Oznaczenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM)	Kod ZRM realizującego zlecenie:	Nr zlecenia wyjazdu:
--	---------------------------------	----------------------

I - WYWIAD

	MIEJSCE ZDARZENIA w domu..... ☐ w miejscu publicznym..... ☐ w ruchu uliczno-drog..... ☐ w pracy ☐ w szkole..... ☐ w rolnictwie..... ☐
--	---

II - BADANIE

GLASGOW-COMA-SCALE OTWIERANIE OCZU spontanicznie.....4 na głos.....3 na ból.....2 brak.....1 REAKCJA SŁOWNA zorientowany.....5 splątany.....4 niewłaściwe słowa.....3 niezrozumiałe dźwięki.....2 brak.....1 REAKCJA RUCHOWA wykonuje polecenia.....6 lokalizacja bólu.....5 ucieczka od bólu.....4 zgięciowa.....3 wyprostna.....2 brak.....1 SUMA	RTS CZ. ODDECHÓW 10-29.....4 >29.....3 6-9.....2 1-5.....1 brak.....0 RR SKURCZOWE >89.....4 76-89.....3 50-75.....2 1-49.....1 0.....0 GCS..... 13-15.....4 9-12.....3 6-8.....2 4-5.....1 3.....0 SUMA	UKŁAD ODDECHOWY częstość oddechów...../min duszność.....T N sinica.....T N bezdech.....T N szmer prawidł.....L P furczenie..... świsty..... trzeszczenie..... rżenie..... brak szmeru..... Inne:..... Saturacja.....%	ŻRENICIE: Reakcja na światło: prawidłowa.....L P powolna..... brak..... szerokość: normalna.....L P wąska..... szeroka.....	 PRZÓD TYŁ	☐ brak obrażeń O Złamanie otwarte Z Złamanie zamknięte W Zwichnięcie S Stłuczenie R Rana K Krwotok z rany M.Zmiazdzenie A Amputacja N Ból nieurazowy P. Oparzenie ☐ stopnia % ☐ stopnia % ☐ oparzenie wziewne
CIŚNIENIE TĘTNICZE / mm Hg TĘTNO /min mierowe ☐ niemiar. ☐			Obrażenia anatomiczne kwalifikujące do centrum urazowego penetrujące rany głowy i tułowia lub urazy tępe z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych głowy,klatki piersiowej i brzucha ☐ amputacja kończyny powyżej kolana lub łokcia ☐ rozległe zmiażdżenia kończyn ☐ uszkodzenie rdzenia kręgowego ☐ złamanie kończyny z uszkodzeniem naczyń i nerwów ☐ złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyn lub miednicy		

OBJAWY wstrząs.....T N NZK.....T N obj.oponowe.....T N drgawki.....T N afazja.....T N wymioty.....T N biegunka.....T N krwawienie.....T N obrzęki.....T N zasłabnięcie.....T N INNE: ciąża.....T N poród.....T chor.zakaźna.....T	SKÓRA Wygląd: w normie..... ☐ błada..... ☐ rumień..... ☐ zażółcenie..... ☐ sinica obw..... ☐ sinica centr..... ☐ Wilgotność: w normie..... ☐ wilgotna..... ☐ sucha..... ☐ Temperatura: w normie..... ☐ chłodna..... ☐ ciepła..... ☐	JAMA BRZUSZNA w normie..... ☐ bolesność palpacyjna..... ☐ brak perystaltyki..... ☐ objawy otrzewnowe..... ☐ OCENA PSYCHO-RUCH. w normie..... ☐ spowolniały..... ☐ pobudzony..... ☐ agresywny..... ☐	TONY SERCA czyste/głośnie..... ☐ stłumione..... ☐ inne..... ☐ NIEDOWŁAD / PORAZENIE kończyna górna.....L P kończyna dolna..... ZAPACH Z UST rozpuszczalnik org..... ☐ alkohol..... ☐ inne..... ☐ POZIOM mg% GLUKOZY g/l	EKG Rytm zatokowy..... ☐ Tachykardia nadkomorowa..... ☐ Tachykardia komorowa..... ☐ Migotanie/trzepotanie przedsionków..... ☐ AV blok..... ☐ sVES..... ☐ VES..... ☐ VF/VT..... ☐ Asystolia..... ☐ PEA..... ☐ Rozrusznik..... ☐ OZW..... ☐ Zawał..... ☐ Inne..... ☐	OPIS
---	--	--	--	---	-----------------

III - ROZPOZNANIE

	KOD ICD10	KOD ICD10	KOD ICD10
--	-----------	-----------	-----------

IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

CZYNNOŚCI odsysanie..... ☐ went. workiem..... ☐ rurka UG..... ☐ intubacja..... ☐ respirator..... ☐ tlenoter.bierna..... ☐ defibrylacja..... ☐ stymulacja zew..... ☐ kardiowersja..... ☐ masaż serca..... ☐ EKG..... ☐ teletransmisja..... ☐ kołnierz..... ☐ deska ortoped..... ☐ materac próż..... ☐ unieruchomienie..... ☐ opatrunek..... ☐ inne..... ☐ linia żył. obw..... ☐ linia żył.cent..... ☐ cewnikowanie..... ☐ sonda żołąd..... ☐ monitorowanie..... ☐	ZASTOSOWANE LEKI, WYROBY MED. (nazwa,dawka, droga podania)
ZALECENIA/UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU 	

V - DANE PACJENTA I PRZEKAZANIE PACJENTA

DANE PACJENTA Imię:..... Nazwisko:..... Adres zamieszkania:..... ul.....nr.....m..... Rodz. i nr dok. tożsamości:..... 	Ident. NFZ: Data urodzenia / wiek NUMER PESEL pacjenta: Podpis i pieczęć kierownika ZRM: data udzielenia pomocy..... Zespół (S/P) 	Decyzja Zakładu Opieki Zdrowotnej: ☐ Przyjęcie pacjenta ☐ Odmowa przyjęcia pieczęć IP/SOR podpis i pieczęć lekarza Przekazanie pacjenta w IP/SOR / innym: data.....godz.....min..... Stwierdzenie zgonu / odstąpienie od med. czynności rat. data.....godz.....min.....
--	---	---

Wykaz antagonistów/leków, stosowanych w przypadku zatruć, które mogą być podane przez zespół ratownictwa medycznego w warunkach przedszpitalnych

Lp.	Trucizna	Antagonista (lek)
1	Benzodiazepiny	
2	Opioidy	
3	Związki fosforoorganiczne	
4	Tlenek węgla	